

Liste de contrôle pré-vaccinale pour les vaccins anti-COVID-19



Nom du/ de la patient(e) _____

Pour le receveur du vaccin :

Les questions suivantes nous aiderons à déterminer s'il existe une raison quelconque vous empêchant d'être vacciné contre la COVID-19 aujourd'hui.

Âge _____

Si vous répondez « oui à une des questions suivantes, cela ne signifie pas nécessairement que vous ne devez pas être vacciné. Cela signifie seulement que certaines questions complémentaires peuvent vous être posées.

Si une question n'est pas claire, veuillez demander à votre prestataire de santé de vous l'expliquer.

Je ne
sais
pas
Oui Non

	Oui	Non	Je ne sais pas
1. Est-ce que vous vous sentez malade aujourd'hui ?			
2. Avez-vous déjà reçu une dose du vaccin anti-COVID-19 ?			
<ul style="list-style-type: none"> • Si oui, quel produit vaccinal avez-vous reçu ? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Autre produit _____ 			
3. Avez-vous déjà fait une réaction allergique à : <small>(Cela comprend une réaction allergique grave [choc anaphylactique par ex.] ayant nécessité un traitement par épinéphrine ou EpiPen® ou ayant entraîné une hospitalisation. Cela doit aussi inclure les réactions allergiques s'étant produites dans les 4 heures suivantes qui ont causé un urticaire, un gonflement ou une détresse respiratoire, y compris une respiration sifflante.)</small>			
<ul style="list-style-type: none"> • Un des composants du vaccin anti-COVID-19, y compris le polyéthylène glycol que l'on trouve dans certains médicaments, tels que des laxatifs et des préparations pour les procédures de coloscopie 			
<ul style="list-style-type: none"> • Polysorbate 			
<ul style="list-style-type: none"> • Une dose de vaccin anti-COVID-19 précédente 			
4. Avez-vous déjà fait une réaction allergique à un autre vaccin (autre que le vaccin anti-COVID-19) ou un médicament injectable ? <small>(Cela comprend une réaction allergique grave [choc anaphylactique par ex.] ayant nécessité un traitement par épinéphrine ou EpiPen® ou ayant entraîné une hospitalisation. Cela doit aussi inclure les réactions allergiques s'étant produites dans les 4 heures suivantes qui ont causé un urticaire, un gonflement ou une détresse respiratoire, y compris une respiration sifflante.)</small>			
5. Avez-vous déjà fait une réaction allergique grave (choc anaphylactique par ex.) à quelque chose d'autre que l'un des composants d'un anti-COVID-19, le polysorbate ou un médicament injectable ? <small>Cela comprend la nourriture, les animaux, l'environnement et les allergies aux médicaments à prise orale.</small>			
6. Avez-vous été vacciné(e) contre quelque maladie que ce soit au cours des 14 derniers jours ?			
7. Avez-vous déjà eu un test positif pour la COVID-19 ou votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez la COVID-19 ?			
8. Avez-vous reçu un traitement par immunisation passive (injection d'anticorps monoclonaux ou sérum convalescent) comme traitement de la COVID-19 ?			
9. Votre système immunitaire est-il affaibli par quelque chose tel qu'une infection VIH, un cancer ou bien prenez-vous des médicaments immunosuppresseurs ou suivez-vous un traitement immunosuppresseur ?			
10. Souffrez-vous d'un trouble hémorragique ou prenez-vous des anticoagulants ?			
11. Êtes-vous enceinte ou allaitante ?			

Formulaire revu par _____

Date _____